附件4

**领取用户名及密码委托函**

内蒙古自治区医药采购中心：

（企业名称） 单位委托我单位 （被授权人姓名） (身份证号）领取内蒙古自治区药品集中采购系统用户名与密码。鉴于密码的重要性，我单位承诺因密码泄漏、修改或操作失误造成的后果，我单位愿负全部责任。

本委托函于 年 月 日签字生效，特此声明。

**被授权人**

**居民身份证复印件粘贴处**

**（正反面）**

　　　　　　　 法定代表人（盖章）：

（单位公章）

领取人（签字）：

联系电话：

日期： 年 月 日